

Burnout und depressive Erkrankungen

Burnout und depressive Erkrankungen

Psychische Erkrankung, insbesondere Depression weisen die proportional stärkste Zunahme als Ursache von Krankschreibungen und Berentungen in unserer Gesellschaft auf.

„Eine psychische Erkrankung ist der Arbeitsunfall der heutigen Informationsgesellschaft“ (Prof. U. Schneider, 2009)

„Aus meiner Sicht sind die Ängste um den Arbeitsplatzverlust, die massiv zunehmende Arbeitsbelastung, der Verlust der Mitarbeitersolidarität sowie die Angst, unter steigendem Leistungsdruck zu versagen oder krank zu werden, die wichtigsten arbeitsbedingten Faktoren für die Entstehung psychischer Erkrankungen.“ (Prof. Ivar Hand, Uniklinik Hamburg)

„Unzufriedenheit am Arbeitsplatz, wenig Gestaltungsmöglichkeiten und monotone Arbeit, zunehmender Leistungsdruck und Anforderungen, die viele ältere Arbeitnehmer nicht mehr erfüllen können oder wollen, Probleme in der Mitarbeiterführung und ungünstige Kooperationsbeziehungen am Arbeitsplatz können zur Entstehung psychischer Erkrankungen beitragen.“ (PD Dr. Martin Herter, Uni Freiburg)

Schon sehr lange ist bekannt, dass eine hohe Arbeitslast, kombiniert mit einem geringen Entscheidungsspielraum und wenig Möglichkeiten, seine persönlichen Fähigkeiten umzusetzen, extrem belastend für Seele und Körper sind.

Ein weiterer Faktor, der im Arbeitsleben über Krankheit oder Gesundheit entscheidet, ist das Gefühl von Respekt, von Wertschätzung und angemessener Entlohnung. Johannes Siegrist, Medizinsoziologe, spricht von der Gratifikationskrise. Beschäftigte, die sich nicht ausreichend entlohnt und wertgeschätzt fühlen, haben im Vergleich zu anderen Beschäftigten ein doppelt so hohes Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden oder an einer Depression zu erkranken.

„Besonders depressive Patienten oder Patienten mit einer Angsterkrankung beschreiben primär somatische Beschwerden“...; (Dr. Peter Rücker, Psychiater, Hamm).

In unserer heutigen aufgeklärten Zeit, antwortet die Mehrheit der Befragten, ob psychisch belastete bzw. psychisch kranke Menschen genauso wertvoll wie körperlich Erkrankte sind, sehr entschieden mit selbstverständlich. Befragt man die gleichen Menschen danach, was sie von psychisch erkrankten Kollegen am Arbeitsplatz halten, antwortet die Mehrheit von ihnen, dass es sich dabei ausschließlich um Simulanten und Blaumacher handele. D. h., wir müssen weiterhin davon überzeugt sein, dass psychische Krankheiten, zu denen auch die depressiven Erkrankungen zählen, stigmatisierend wirken und Patienten stigmatisiert werden, was dazu führt, lieber körperlich krank zu sein. Und wenn schon „seelisch“, dann bitte keine psychiatrische Erkrankung.

Von daher ist gut nachvollziehbar, dass die Depression „out“ ist, während Burnout „in“ ist.

Ursachen für burnout

Burnout ist ein durch Stress verursachtes Problem. Die Quellen können sowohl im privaten als auch im beruflichen Bereich liegen. So lassen sich in Anlehnung an *Fengler* sieben Belastungsbereiche finden, die zu einer Burnout- Entwicklung beitragen können:

1. Eigenschaften der betroffenen Person, begründet in der individuellen Biografie. Selbstüberlastung und Selbstausbeutung im Alltag können kumulieren.
2. Partnerschaft und Freundeskreis sowie das gesamte Privat- und Freizeitleben sind so organisiert, dass sie zu Stress führen. Private Probleme belasten.
3. Die Kunden/Patienten/Klienten, mit denen der Mitarbeiter am Arbeitsplatz zu tun hat, stellen eine unter Umständen tägliche Belastung dar.
4. Teams oder der Kollegenkreis sind stressauslösend. Ein unangenehmes Arbeitsklima beeinträchtigt das Wohlbefinden.
5. Das Verhalten der Vorgesetzten wirkt für den Betroffenen stressend.
6. Institutionsfaktoren wie Effizienzdruck, unangenehme Arbeitsumgebung, Vielarbeit, mangelndes Personal und anderes mehr fallen belastend ins Gewicht.
7. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen, vor allem wirtschafts- und sozialpolitischer Natur, können den Belastungsgrad erhöhen (Angst vor Arbeitslosigkeit etc.).

Wen betrifft Burnout?

Burnout, für das es bisher keine wissenschaftliche Definition gibt und das auch keine Diagnose darstellt, bezeichnet ursprünglich ein Phänomen, das insbesondere in den sog. „helfenden Berufen“ auftritt (z. B. Ärzte, Seelsorger, Psychotherapeuten). Bei Menschen also, die im Rahmen ihrer Berufstätigkeit Dienstleistungen an anderen oder für andere Menschen erbringen.

Der Begriff selber wurde in den 70er Jahren von einem amerikanischen Psychoanalytiker (*H. J. Freudenberger*, 1974) geprägt und bedeutet übersetzt soviel wie „ausbrennen“ oder „ausgebrannt sein“. D. h., dass ursprünglich motivierte und engagierte Mitarbeiter sich im Laufe ihres Berufslebens hinsichtlich ihrer Einstellung und ihres Verhaltens verändern und zu reizbaren, demotivierten Mitarbeitern werden, die ihren eigenen Leistungsstandard nicht mehr halten können.

Es bilden sich körperliche Symptome wie Erschöpfung, Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit, aber auch Unzufriedenheit, negative Gemütsstimmung und eine distanzierte bis zynische Einstellung zur Arbeit und zu den Patienten, Klienten bzw. Kunden heraus.

Was also Menschen mit Burnout auszeichnen sollte, war die Tatsache, dass sie zuerst gebrannt haben müssen, um überhaupt auszubrennen. Damit tut man all denjenigen Unrecht, die routiniert, motiviert und gut ihrer Arbeit nachkommen, ohne vorher zu brennen, aber dennoch an den Belastungen erkranken.

Mittlerweile wird Burnout nicht nur bei den helfenden Berufen, sondern auch im Dienstleistungssektor und im produzierenden Gewerbe beschrieben, mit ständig steigender Tendenz.

Nun ist Burnout kein neues Problem. Folgt man der Bibel, so verfällt der Prophet Elias nach einer erfolgreichen Zeit im Angesicht einer drohenden Niederlage in eine so tiefe Verzweiflung, dass er sich den Tod herbei wünscht. Und auch bei dem Senator Thomas Buddenbrook (*Thomas Mann*) oder dem Genie Querry (*Graham*

Green) beschreiben Menschen, die sich ausgebrannt fühlen. (*Unger, Kleinschmidt: Bevor der Job krank macht*).

Versuch einer Definition

Eine Beschreibung des Begriffs Burnout bietet *Fengler* (2002) wenn er beschreibt:

„Burnout ist die akute oder chronifizierte Anpassungsreaktion in der Folge von kurzzeitigem oder lang anhaltendem Stress, in den äußeren oder inneren Lebensbedingungen. Burnout ist multifaktoriell bedingt durch Belastungen, die in der Person selbst, im Privatleben, in Zielgruppen der Arbeit, Team- und Kollegenkreis, Vorgesetzten, Institutionsfaktoren und gesellschaftlichen Gegebenheiten liegen. Burnout tritt auf, wenn die Belastung als hoch, dauerhaft und unausweichlich erlebt wird und weder durch Bewältigung, noch durch Erholungszeiten hinreichend gemildert oder ausgeglichen werden kann. Es ist durch Erlebnisse geistiger, emotionaler, körperlicher und sozialer Erschöpfung, durch den Eindruck verminderter Leistungsfähigkeit und durch Entfremdung gekennzeichnet. Zu seiner Behebung bedarf es einer einmaligen oder längerfristigen Intervention auf einer oder mehreren Ebenen, die die Personen in Eigeninitiative oder mit Unterstützung durch fachliche Hilfe vornehmen kann.“

Burnout versus Depressionen

Bereits hier zeigen sich viele Überschneidungen zur Diagnose einer Anpassungsstörung bzw. depressiven Erkrankung.

Noch deutlicher werden diese Gemeinsamkeiten bei der stufenweise Beschreibung der Burnout- Symptome. Auf das Stadium der idealistischen Begeisterung folgt die Stagnation, dann Frustration, Apathie und letztlich die Interventionsphase.

Fengler beschreibt die Burnout- Entwicklung wie folgt:

1. Die Mitarbeiter beginnen mit besonderen Idealismus, Enthusiasmus und Engagement ihre Arbeit.
2. Sie spüren jedoch nach einiger Zeit, dass sie überfordert sind und ihren eigenen Leistungsansprüchen nicht gerecht werden.
3. Darüber wird die Freundlichkeit den Kunden/ Klienten/ Patienten gegenüber geringer, die Anstrengung wird größer.
4. Der Mitarbeiter empfindet hier aber auch Schuldgefühle wg. seines nach seinem Erachten unzureichenden Verhaltens.
5. Es werden vermehrt Anstrengungen unternommen, die Arbeit rasch und effizient zu erledigen, dabei aber auch freundlich zu sein.
6. Die Überforderung wird dabei jedoch nicht bewältigt, sondern noch verstärkt.
7. Der Mitarbeiter erlebt sich selbst als zunehmend hilflos, denn das praktizierte Verhalten führt nicht zum gewünschten Ergebnis. Hoffnungslosigkeit und Abneigungsgefühle gegenüber der Arbeit nehmen zu. Es kann zu Phasen der Apathie kommen.
8. Schließlich kommt es zum Burnout mit den bekannten Symptomen Selbstbeschuldigung, Flucht, Zynismus, Sarkasmus, psychosomatischen Reaktionen, Fehlzeiten, unsinniges, spontanes Verhalten, Unfälle, Dienst nach Vorschrift, innere Kündigung etc.

Die Überschneidungen zur Depression zeigen sich im Antriebsmangel, dem Energieverlust, dem Motivationsverlust, den körperlichen Beschwerden, der niedergedrückten und verzweifelten Stimmung, bis hin zum Suizidgedanken.

Was Burnout und Depression auf den ersten Blick unterscheidet, ist wohl die Tatsache, dass die Beschreibung der verschiedenen Stufen des Burnouts immer an die Arbeitsleistung und das Arbeitsengagement gekoppelt sind. Hinzu kommt, dass die Entwicklung eines Burnouts immer in Verbindung mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen gesehen wird.

So hat bereits *Freudenberger* den **aktiven Typ**, als dynamisch, charismatisch und zielstrebig beschrieben, der sich voll und ganz für eine Sache einsetzen und innerlich daran beteiligt ist. Das sind die „**Selbstverbrenner**“, die nicht Nein zu sich selbst sagen können und sich ihren Stress weitgehend selbst verschaffen, weil sie alle Aufgaben an sich ziehen, sich viel zu enge Terminpläne setzen und überall dabei sein müssen.

Dem gegenüber steht der **passive Typ**, der „**Verschlossene**“, den die Burnout-Forscherin *Christina Maslach* als abhängig- passive Menschen mit geringem oder keinem Selbstvertrauen und Ehrgeiz beschreibt, die nicht Nein zu anderen sagen können und die weder klar definierte Zielvorstellungen haben, noch das erforderliche Maß an Entschlossenheit und Selbstsicherheit, um eigene Ziele zu erreichen.

Letztendlich entwickelt sich das Burnout-Syndrom also aus dem Zusammentreffen bestimmter Persönlichkeitsmerkmale mit einem bestimmten Arbeits- oder Berufsfeld.

Behandlungsmöglichkeiten

Daraus ergibt sich dann auch schon ein Behandlungsansatz. Zentrale Bestandteile zur Burnoutbewältigung sollten Identifikation und Beeinflussung von Stressquellen in der Person und ihrem Arbeitskontext sein sowie die frühzeitige Wahrnehmung eigener Belastungsreaktionen. Daraus müssen geeignete Bewältigungsstrategien entwickelt werden und ein wesentlicher Faktor ist soziale Unterstützung im eigenen und beruflichen Umfeld.

Auch depressive Erkrankungen basieren häufig auf psychischen Belastungen und ihren Auswirkungen in der Arbeitswelt. Es ist einfach so, dass psychische Reaktionen vor der individuellen Biographie gesehen werden müssen und es macht wenig Sinn, bei diesen Fragestellungen entweder auf die berufliche Situation oder die persönliche- häusliche- private Situation abzuheben.

Das ließe auch den erforderlichen Ansatz eines biopsychosozialen Erklärungsmodells außen vor. Krankheiten haben immer einen körperlichen, einen seelischen und in zunehmendem Maße eine soziale Ursache. Da lässt sich nicht trennen zwischen Beruf und Freizeit.

Fallbeispiel

„28-jähriger lediger Mann, mittelschwer ausgeprägte depressive Störung seit acht Wochen (Ein- und Durchschlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen, Grübeln, niedergestimmt, Konzentrationsstörungen) verbunden mit Angst und körperlichen Zeichen von Angst (Herzrasen, Zittern, Schwitzen etc.). Berufliche Überlastung, im Vorfeld starke Selbstüberforderung durch Überschätzen der eigenen Leistungsfähigkeit. Keine depressive Vorgeschichte, keine Medikation bisher, körperlich gesund.“

Auch hier zeigt sich wieder die Überschneidung zwischen Burnout und Depression.

Depressionen

Die behandlungsbedürftigen Depressiven in der Gesamtbevölkerung werden auf ca. 4 Mio. Menschen geschätzt. Davon befinden sich 2,4 bis 2,8 Mio. in hausärztlicher Behandlung, bei denen wird bei etwa 1,2 bis 1,4 die Diagnose Depression gestellt und davon werden nur 240.000 bis 360.000 Betroffene suffizient behandelt. Nach drei Monaten Behandlung bleiben nur noch ca. 100.000 bis 150.000 in der Behandlung.

Hauptsymptome der Depression

Hauptsymptome der Depression sind gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Antriebslosigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Aktivitätseinschränkung, vermindertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, negativistische Zukunftsperspektiven, Störung von Konzentration und Aufmerksamkeit, Schlafstörungen, Todeswünsche und Suizidversuche.

An körperlichen Symptomen finden sich morgendliches Früherwachen, Morgentief, Bewegungsunruhe, Appetitstörungen, Gewichtsabnahme, Obstipation, Störung der Sexualfunktion, Schmerzen, Druck-, Spannungs-, Schweregefühle.

Eine depressive Phase dauert durchschnittlich sechs bis acht Monate. Etwa die Hälfte der Ersterkrankten wird wieder depressiv und im Mittel nach vier bis fünf Jahren findet sich die nächste depressive Phase.

Etwa 20 % der Betroffenen entwickeln zusätzlich eine Angst- oder Panikstörung.

Ziele der Verhaltenstherapie

So sind Ziele der Verhaltenstherapie insbesondere die Informationsvermittlung und Motivation, Überwindung der Inaktivität bzw. von einseitigen, belastenden Aktivitäten, Verbesserung des Sozial- und Interaktionsverhaltens sowie der sozialen Kontaktstruktur, Erkennen, Überprüfen und Korrigieren dysfunktionaler Einstellungen und Überzeugungen, Aufbau eines Bewältigungsrepertoires für zukünftige Krisen.

Dabei kommt insbesondere dem Aktivitätsaufbau große Bedeutung zu. Aktivität erhöht die Rate der potentiellen positiven Verstärker, d. h. positives Erleben. Aktivität reduziert die Zeit für Grübeln, beeinflusst die Stimmung und wird sozial belohnt. Alles Faktoren, die antidepressiv wirken. Aktivitätsaufbau dient also dem Abbau depressionsförderlichen Verhaltens.

Ein weiterer Baustein der verhaltenstherapeutischen Arbeit dient dazu, irrationale Annahmen, wie sie *Ellis* genannt hat, zu korrigieren.

Menschen gehen mit Vorurteilen, unrealistischen Erwartungen, unlogischen Annahmen an Probleme heran. *Ellis* spricht in diesem Zusammenhang von „Mussturbation „

1. **Jeder muß mich lieben!** Es ist für jeden Menschen absolut notwendig, von praktisch jeder anderen Person in seinem Umfeld geliebt zu werden.
2. **Ich muß in allem, was ich tue, perfekt sein.** Man darf sich nur als wertvoll empfinden, wenn man in jeder Hinsicht kompetent, tüchtig und leistungsfähig ist.
3. **Es ist schrecklich, wenn die Dinge nicht so sind, wie wir sie gerne haben möchten.**
4. **Es gibt für jedes Problem eine absolut richtige Lösung** – sie muß gefunden werden!
5. **Bestimmte Menschen sind böse, schlecht und schurkisch und sind für ihre Schlechtigkeit zu rügen und zu bestrafen.**
6. **Man muß sich stets große Sorgen über mögliche Gefahren machen.**
7. **Menschliches Leiden hat äußere Ursachen** – der Mensch kann hierauf wenig Einfluss nehmen.
8. **Man sollte sich auf andere verlassen können und einen Stärkeren in Anspruch nehmen, auf den man sich stützen kann.**

Diese kognitiven Irrtümer sind Denkschemata, die in der Kindheit gelernt und im Rahmen von belastenden Ereignissen, auch im Zusammenhang mit Arbeit, wieder aufgerufen werden.

Daraus entstehen verzerrte Denkweisen, Vorstellungen und Denkinhalte bezüglich des Selbst, der Umwelt und der Zukunft. Diese kognitiven Irrtümer zeigen sich als Übergeneralisierung (wenn es in einem Fall stimmt, stimmt es immer), selektive Abstraktion (die einzigen Ereignisse die zählen, sind Misserfolge), Katastrophisieren (denke immer an das Schlimmste, es wird passieren), übertriebenes Verantwortungsgefühl (ich bin verantwortlich für jedes Misslingen), willkürliche, rational unbegründete Schlussfolgerung (wenn es in der Vergangenheit zutraf, wird es immer wieder zutreffen), Bezugnahme auf die eigene Person (ich bringe Unglück; meine schlechten Leistungen stehen im Mittelpunkt des Interesses) und dichotomes Denken (alles ist entweder gut oder schlecht). Dazu kommt die Tendenz zu Über- oder Untertreiben (eigene Fehler werden über- negative Eigenschaften anderer unterschätzt), die Irrtümer folgen einer emotionalen Beweisführung (Gefühle sind wahr). Die Etikettierung (Ich bin ein ewiger Verlierer. Er ist ein Vollidiot) und Wunschaussagen (man sollte..., dies sollte so sein.....) erschweren den Umgang mit diesen kognitiven Irrtümern.

Die Therapie besteht dann darin, diese kognitiven Verzerrungen, die falschen Attributionen und fehlerhaften Wahrnehmungen zu verändern. Das geschieht durch die Veränderung von Gedanken und Handlungen, um letztendlich Gefühle zu beeinflussen. Dazu bedarf es einer Realitätsprüfung der bisherigen Annahmen sowie dem Erkennen von Schemata, die letztendlich einer Selbstverstärkung im Wege stehen.

Die Behandlung, sowohl der Burnout-Symptomatik, als auch der depressiven Erkrankung, deckt sich in vielen Bereichen.

Deckungsgleiche Behandlungsbausteine

Folgen wir der Annahme, dass es vielfältige Überschneidungen zwischen dem Begriff Burnout und der psychischen Erkrankung Depression gibt, so wird es auch eine Vielzahl von Überschneidungen bei der Behandlung geben.

Diese Annahme hat den Vorteil, dass die Behandlung der depressiven Erkrankung inzwischen durch die **S3- Leitlinie „unipolare Depression“** wissenschaftlich fundiert ist.

Damit haben wir auch eine „gewisse Wissenschaftlichkeit“ der Behandlung der beschriebenen Burnout-Symptomatik.

So gilt für eine leichte depressive Episode, dass eine aktiv vorhandene Begleitung ohne weitere spezifische Behandlung erfolgen kann. Nach 14 Tagen ohne Besserung oder bei Verschlechterung sollte dann eine spezifische Therapie eingeleitet werden.

Auch die Behandlung mit Antidepressiva ist hier geregelt. So sollte bei leichtgradigen Episoden Antidepressiva nicht generell zur Erstbehandlung eingesetzt werden, bei akuten mittelgradigen Episoden aber angeboten werden. Akute schwere Episoden bedürfen einer Kombinationsbehandlung.

Psychotherapie ist bei leichten bis mittelgradigen Episoden gleichwertig zur Therapie mit Antidepressiva. Auch hier sollte bei akuten schweren Episoden eine Kombinationsbehandlung erfolgen.

Hinsicht der Auswahl der Psychotherapieverfahren sieht die S3- Leitlinie keine Empfehlung zu spezifischen Verfahren vor. D. h., sie sieht alle Richtlinienverfahren als geeignet an.

Was den Behandlungsablauf im ambulanten Bereich betrifft, so sollte die Behandlung durch den Hausarzt bei leichter und mittelschwerer Episode sofort oder nach 14 Tagen zu einer Therapie führen. Nach drei bis vier Wochen Erfolglosigkeit ist eine Änderung des therapeutischen Vorgehens, nach sechs Wochen die Überweisung zum Facharzt erforderlich. Eine solche Überweisung sollte ebenfalls nach drei Monaten erfolgloser Therapie vorgenommen werden.

Inhalt und Ziele diese Behandlung sind das rechtzeitige Erkennen und Behandeln destruktiver Impulse (Suizidalität). Aufbau und Aufrechterhalten eines rationalen Verständnisses der Krankheit, ihrer Symptome, ihrer Behandlung und der Prognose sowie die psychoedukative Führung des Pat. im Bezug auf Schwierigkeiten in engen persönlichen Beziehungen, besonderen Lebensumständen und der Situation am Arbeitsplatz.

Aber auch eine vorbeugende Beratung des Patienten bei bedenklichen Burnout- oder depressionsbedingten Plänen zur Veränderung seiner Lebensumstände („Ich gehe da nicht mehr hin. Ich werde nicht mehr arbeiten. Ich brauche Rente.“) gehören, wie die Ermutigung, durch Verstärkung von Hoffnung auf zukünftige Hilfe und Unterstützung, ebenfalls dazu.

Notwendig sind die auch Bestandsaufnahme der möglichen Hilfen durch andere im sozialen Netzwerk des Patienten und der weitere Aufbau dieses Netzes.

Wichtig erscheint bei der Behandlung das Setzen von realistischen und erreichbaren Zielen. Es macht keinen Sinn, Tatsachen verändern zu wollen. Es macht keinen Sinn, den Kopf in den Sand zu stecken. Es macht keinen Sinn, mal dies und mal das zu probieren. Hier ist zielgerichtetes Vorgehen sinnvoll. Die Betroffenen sollten zum Aufbau sozialer Aktivitäten und zur Suche nach Erfolgserlebnissen ermutigt werden und da, wo es möglich ist, sind die Angehörigen mit in diese Überlegung einzubeziehen.

Neben dem weiteren Aufbau sozialer Kompetenz steht die Rückfallvorbeugung im Fokus der Behandlung.

Das gilt sowohl für Burnout-Symptome, als auch für depressive Erkrankungen. Damit ist gemeint, dass Hinweisreize darauf, dass schon wieder etwas schwierig ist, zu beachten sind. Positive Aktivitäten sollten geplant werden. Typische Symptomauslöser sind zu erkennen und zu beschreiben und auch der Zukunftsplanung kommt wesentliche Bedeutung zu.

Für den Fall, dass die Symptomatik sich nicht im ambulanten Setting ausreichend gut behandeln lässt, ist eine Behandlung in **psychosomatischen Fachkliniken** zielführend.

Eine solche Behandlung richtet sich in den Deister Weser Kliniken nach den folgenden therapielevanten Kennzeichen:

- Psychosoziale Belastung (Todesfälle, Bezugspersonen, Trennung, Arbeitsplatzprobleme- verlust- wechsel)
- Belastungen im sozialen Milieu
- Komorbidität (Angst, Zwang)
- Begleitsymptomatik
- Chronische körperliche Erkrankung (z. B. Bewegungsapparat)
- Krankheitsmodell des Patienten und bisherige Beteiligung an Veränderungen
- Vorwiegend organisches Krankheitsmodell und starker Wunsch nach körperlicher- medizinischer Behandlung
- Soziale Isolation
- Lange Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Lange Arbeitslosigkeit
- Schwierige materielle Situation
- Geringe Therapiemotivation

Daraus ergeben sich die Behandlungsziele, die auf die individuelle Situation des Patienten zugeschnitten sein sollten und möglichst konkret und spezifisch Hilfestellung bieten.

Dazu bedarf es einer empathischen und vertrauensvollen Beziehung, der Vermittlung von Wissen über die Erkrankung und des Krankheitsmodells. Die übrigen Bausteine wurden bereits oben dargestellt.

Letztendlich dienen alle Bausteine dazu, die Stimmung zu verbessern und zu normalisieren, entsprechendes gilt für den Antrieb und die körperliche Verfassung, so dass am Ende eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit steht.

Da die Basis die Grundlage des Fundaments ist, bestehen die Behandlungsbausteine im stationären Bereich aus 2 x 90 Minuten Depressionsgruppe, 2 x 90 Minuten Genußtraining, 2 x 60 Minuten Sporttherapie in der Woche.

Dabei umfasst die Depressionsgruppe das Training zur Selbstbeobachtung, Protokollierung von Stimmung und Tagesschwankung, den Aufbau positiver Tagesaktivitäten und Bewältigungserlebnisse; die Verbesserung kognitiver Selbstregulation durch die Identifizierung automatischer Gedanken und dysfunktionaler Grundannahmen, wie dargestellt. Außerdem dient sie dem Aufbau sozialer Kompetenz und strukturierten Übungen und der Rückfallvorbeugung. D. h. die Betroffenen sollten Hinweisreize auf eine neue depressive Episode erkennen können, in der Lage sein, positive Aktivitäten zu planen, Auslöser beachten und sich mit der Zukunftsplanung beschäftigen.

Das Genußtraining dient dazu, Genußfähigkeit neu zu entdecken oder wieder zu erlangen. Damit wird die Beschäftigung mit negativen Inhalten eingeschränkt, die Auseinandersetzung mit positiven Aspekten der eigenen Person und der aktuellen Lebenssituation angeregt.

Dieses Training umfasst drei Schwerpunkte:

1. Sensibilisierung der Sinnesmodalitäten
2. Aufbau eines spezifischen Umgangs mit potentiell Genussvollem
3. Aktualisierung angenehmer Vorerfahrungen und Vertiefung genussvoller Eindrücke durch Bilder und Phantasien in der Vorstellung.

Genussregeln

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none">1. Genuss braucht Zeit.2. Genuss muß erlaubt sein.3. Genuss geht nicht nebenher.4. Genuss ist Geschmackssache.5. Weniger ist mehr.6. Ohne Erfahrung kein Genuss.7. Genuss ist alltäglich. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Neben den gruppentherapeutischen Aktivitäten erhalten die Patienten weitere Hausaufgaben (z. B. Protokoll negativer Gedanken, Aktivitätstagebücher, Liste positiver Verstärker, soziale Kontaktaufnahme), die sie in Alleinarbeit zu lösen haben.

Sporttherapie ist deshalb ein wesentlicher Baustein antidepressiven Verhaltens, weil Sport ein ausgesprochener Seelenstabilisator ist.

Liegen weitere Beeinträchtigungen im Sinne von Komorbiditäten (Angst, Zwang etc.) vor, so werden diese selbstverständlich mitbehandelt.

Grundsätzlich ist die Verhaltenstherapie also eine Problemlösetherapie, die sich Maßnahmen zur Problembewältigung widmet.

Zusätzlich steht das Training sozialer Kompetenz, des emotionalen Ausdrucks und der weiteren Kommunikationsfähigkeit im Fokus dieser Therapie.

Fertigkeiten im Berufsleben

Damit sind Fertigkeiten angesprochen, die für jede berufliche Tätigkeit, aber auch im Alltag wesentliche Bedeutung haben.

Im Beruf kommt es darauf an, mit anderen Menschen umgehen zu können, sich auf neue Situationen einzustellen, in Zusammenhängen zu denken. Außerdem die Fähigkeit zu planen, genau zu arbeiten, gute Fachkenntnisse sollten vorhanden sein, sowie ausreichend gute mündliche und schriftliche Ausdrucksweise. Pünktlichkeit, Genauigkeit und Schnelligkeit spielen ebenfalls eine Rolle. Auch der Wunsch und die Fähigkeit, Neues auszuprobieren, gehören dazu.

Aus diesen grundsätzlichen Vorgaben resultiert nach der ICF die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, die zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie Flexibilität und Umstellungsfähigkeit. Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptung und Kontaktfähigkeit sind weitere wesentliche Fähigkeiten, die zur Gesunderhaltung und zum Umgang mit anderen Menschen erforderlich sind. Außerdem familiäre und intime Beziehung sowie außerberufliche Aktivitäten.

Viele dieser Fähigkeiten und Möglichkeiten sind sowohl bei depressiven Patienten, als auch bei solchen mit Burnout-Symptomen grundsätzlich vorhanden. Sie sind durch die Krankenrolle nur vorübergehend zugedeckt, daraus entwickelt sich Schon- und Vermeidungsverhalten, welches aktiv angegangen werden kann.

Dies ist die Hauptaufgabe der Psychotherapie. Sie besteht darin, den Patienten diejenigen Lernerfahrungen zu vermitteln, die nach gründlicher Abklärung einen günstigen Einfluss auf seine Probleme ausüben werden.

Dabei bleibt zu beachten, dass nur der Patient selbst einen dauerhaften Weg aus dem Symptom oder auch mit dem Symptom finden kann.